

Le projet personnalisé: des recommandations à nos pratiques institutionnelles gériatriques

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014 - CONFÉRENCE
JOURNÉE ASG – HÔPITAL GERIATRIQUE VIC EN BIGORRE
KARINE DUMOND-PSYCHOLOGUE
CYRIL KERVINIO-GÉRIATRE

REFERENCES

Loi du 02 janvier 2002
Recommandations de l'ANESM-Les attentes de la personne et le projet personnalisé 2008
Recommandations de l'ANESM - Qualité de vie en EHPAD volet 1 et 4; 2010
Formation GERONFOR/FNAQPA Dispensée par Eliane Destribats
Etude sur le PP menée par l'association APsyG Béarn et Soule 2013

DEFINITION DU PP

Recommandations de l'ANESM - Qualité de vie en EHPAD volet 1-2010

2

« Le PP est constitué par :

- une démarche et des procédures permettant de confronter les analyses et les attentes des personnes, de leurs proches ainsi que celles des professionnels. Cette démarche, entamée dès la pré-admission, se poursuit au long du séjour.

- Un document qui formalise certaines informations aux principales étapes de la démarche : objectifs, modalités de mise en œuvre, suivi et évaluation.

Le PP intègre différents volets de l'accompagnement : vie quotidienne, sociale, citoyenne, soins, soutien psychologique, accompagnement en fin de vie...

La démarche consiste en :

un recueil des attentes des personnes et souvent de leur famille

une évaluation des besoins et des réponses possibles par les professionnels.

une première réunion de projet permettant de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement validés par la personne

des réunions régulières d'équipe pluri-professionnelle, ciblées sur les faits saillants

une évaluation et une révision du projet personnalisé, au moins annuellement et/ou lors de modifications importantes de la situation de la personne. »

DIFFERENTES ETAPES ET PRINCIPES

ETAPES

1. PREMIERS CONTACTS
2. ANALYSE DE LA SITUATION
3. PHASE DE CO-CONSTRUCTION
4. PHASE DE DECISION
5. MISE EN ŒUVRE DU PROJET
6. CO-EVALUATION
7. REDACTION DU PROJET

PRINCIPES

- ▶ DIALOGUE RESPECTUEUX
- ▶ RECHERCHE DE PARTICIPATION
- ▶ BIENVEILLANCE
- ▶ DYNAMIQUE SOUPLE ET ADAPTEE
- ▶ INTERDISCIPLINARITE

LA PRE-ADMISSION

TEMPS 1: LA PRE-ADMISSION

6

- ▶ Dossier médical:
 - ▶ Contexte pathologique, AGGIR ,
 - ▶ soins médico-techniques, consentement ?
- ▶ Dossier administratif :
 - ▶ cadre familial, référent familial, personne de confiance, finances, consentement ?
- ▶ Entretien de pré-admission:

Premier contact selon l'intervenant: cadre de santé, IDEC, MEDco, psychologue, directeur

 - ▶ Vérification des données
 - ▶ Points de vigilance : contexte d'admission + dynamique familiale + diagnostic de situation: axes principaux projet de soins (examen médical)
 - ▶ Recherche du consentement ou de l'assentiment
 - ▶ Remise auto-questionnaire
 - ▶ Questions financières

PRESENTATION DE LA SITUATION DE MR L.

7

- ▶ Dossier médical
 - ▶ Homme 80 ans ;
 - ▶ pathologie : troubles mnésiques, diagnostic de maladie d'Alzheimer, AVP, hospitalisation pour état confusionnel
- ▶ Dossier administratif
 - ▶ 4 enfants, 1 fils référent confondu avec la personne de confiance, tutelle en cours, pas de difficultés financières
 - ▶ Pas consentant ; « informé, consentement impossible à évaluer »
- ▶ Entretien de pré-admission
 - ▶ Pas d'entretien de préadmission, ni de consultation

L'ADMISSION

« 15 JOURS/1MOIS SUIVANT L'ENTRÉE, LE RÉSIDENT EST SOLlicitÉ POUR RECUEILLIR SES ATTENTES, ÉVALUER SES BESOINS, RECUEILLIR LES ÉLÉMENTS IMPORTANTS DE L'HISTOIRE DE VIE, SES HABITUDES DE VIE, SES CENTRES D'INTÉRÊT ET LES TYPES D'ACTIVITÉS QUI LUI CORRESPONDENT ». RECOMMANDATIONS ANESM

TEMPS 2: L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

9

LE JOUR DE L'ARRIVEE

Premiers contacts /mise en confiance/ équilibre temps d'échange-temps de réflexion personnelle

► **recueil de données formel**

Questionnaire institutionnel

► **Recueil de données informel**

Inventaire

présentation des membres de l'équipe en individuel

► **Premières transmissions orales + écrites:** premières impressions et risque d'a priori

► **recensement des besoins potentiels aux yeux de l'équipe**

centré sur le soin

=> **centralisation de l'information pertinente: outil informatique/
(papier)**

PERIODE D'ADMISSION: LE 1^{er} MOIS

10

- ▶ Examen médical (si pas fait en pré-admission): diagnostic de situation => détermination des axes de soins (Somatique, psychologique ou psychiatrique, rééducatif...)
 - ▶ Transmissions orales +écrites
 - ▶ Animation, spiritualité, vie sociale...
- ⇒ **Recueil des attentes (expression libre, respectée et facilitée par support si besoin)**
- ⇒ **Recensement des besoins potentiels aux yeux de l'équipe**

Centralisation de l'information pour une co-construction d'un projet réaliste (priorisation des axes du PP)

Mr L.

11

▶ Examen médical: diagnostic de situation

▶ Transmissions orales +écrites

▶ Animation, spiritualité, vie sociale

Suivi médical

- ▶ DTS, troubles de la perception
- ▶ Souffrance psychique: sentiment d'être emprisonné
- ▶ Douleur d'arthrose dos et genoux
- ▶ Pas de rééducation, pas dénutri, mange bien, poids stable, dort bien
- ▶ Messe TV ; doute sur ses croyances
- ▶ Travaillait dans le bâtiment
- ▶ Aime jardiner et bricoler
- ▶ Abonnement au journal quotidien

2^{ème} MOIS - 6^{ème} MOIS

12

phase d'élaboration du projet personnalisé

*« OBLIGATION D'INVITER LA PERSONNE À PARTICIPER À SON PROPRE PROJET.
NOTER DANS LE DOSSIER LE NIVEAU DE PARTICIPATION EFFECTIVE DU RÉSIDENT. »*

INVITATION A LA REUNION

25 % SYSTEMATIQUEMENT

17% PARFOIS

RECHERCHE NIVEAU DE PARTICIPATION FAIBLE

*« FAIRE VALIDER L'ENSEMBLE DU PROJET (OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION) PAR LA
PERSONNE SI ELLE EST EN MESURE DE LE FAIRE SUITE À LA 1ÈRE RÉUNION. »*

RETOUR AU RESIDENT : 66%

TEMPS 3: 2^{ème} MOIS - 3^{ème} MOIS

13

Forces

- ▶ Pluri-disciplinarité et interdisciplinarité
- ▶ Information centralisée
- ▶ Identification des Référents
- ▶ Résident et famille

Facteurs limitants

▶ Référent / coordonnateur

▶ Temps alloué au PP:

Fin de transmission , réunion spécifique ?

Durée 20-30min à4 heures

1 heure pour présentation au résident –famille et discussion? Retour du résident sur son PP?

heures supplémentaires ? temps partiel

▶ Direction : positionnement/temps/ finances?

▶ Résident (instabilité état pathologique? Troubles mnésiques...)finalité comprise? Et famille

« Les proches ne sont pas tenus légalement d'être associés au projet, sauf si une mesure de protection judiciaire a été confiée à un membre de la famille. Cependant ils sont une ressource indispensable quand le résident présente des troubles cognitifs : un référent familial est désigné.

Compléter les observations de la personne ayant des troubles cognitifs sévères par un entretien avec le référent familial pour recueillir les habitudes de vie, l'histoire de vie, la personnalité... Dans ce cas, faire venir le résident pour qu'il assiste à l'entretien sauf en cas d'impossibilité totale. »

Recommandations ANESM

- ▶ 80% des établissements rencontrent la famille avant la réunion
- ▶ 17% des établissements proposent à la famille de participer systématiquement aux réunions pluridisciplinaires
- ▶ 26% les invitent parfois

LE COORDONNATEUR

15

« La coordination permet de dépasser la simple juxtaposition des actions pour aboutir à un projet cohérent.

Le coordonnateur de projet permet d'établir un lien régulier entre les professionnels et le résident et de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé.

Le terme de coordonnateur de projet désigne soit le cadre (directeur, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) garant de cette coordination, soit le professionnel à qui a été délégué la fonction (soignant, psychologue, animateur, autre ...) »

Questions: Qui, combien par résident, présence à la réunion ? (IDE-AS à l'accueil) => coordonnateur ?

Le référent

- ▶ Personne à laquelle l'équipe se réfère pour transmettre une information , une doléance
- ▶ Interlocuteur privilégié du résident par lequel passent une majorité d'information
- ▶ Risque: Réceptacle des plaintes et porteur de projet isolé

Le coordonnateur

- ▶ **Informateur:** Recueil et centralisation des informations
- ▶ **Présentateur:** Situation du résident, état du projet, évolutions du résident...
- ▶ **Interlocuteur:** Privilégié pour les professionnels et pour les familles sous conditions
- ▶ **Gestionnaire** : Consignation des décisions d'équipe, diffusion des décisions, suivi de l'évolution, note les difficultés rencontrées

=> PROFESSIONNEL DE PROXIMITE (AS) mais pas obligatoire (fonction de l'ancrage du résident)

LE COORDONNATEUR

17

Ce qu'il est:

Autorité de compétence déléguée par la direction

Rôle reconnu; requêtes pas remises en causes dans le cadre du PP

Interlocuteur privilégié de l'équipe pluridisciplinaire

Autorité de compétence déléguée par la direction

Responsable du suivi du projet

Ce qu'il n'est pas:

Une autorité hiérarchique modifiant la hiérarchie existante

Bouc émissaire d'un projet non réussi

Responsable de la mise en œuvre du projet

► **COORDONNATEUR DES COORDONNATEURS** => **PSYCHOLOGUE?**

REDACTION DU PP

- ▶ Pas de document formalisé par la loi de 2002
- ▶ Document informatisé ou papier à créer
- ▶ Accord réciproque - Pas une obligation pour le résident
 - Engagement d'accompagnement des professionnels
- ▶ Exemple à remettre au résident/représentant légal au choix de la personne

Exemple Trame Projet Personnalisé (2014)

Nom-Prénom	Date de la réunion	Age	Date d'entrée	Médecin traitant	Médecin coordonnateur	IDEC	Référent de projet	Famille présente
OJECTIFS GENERAUX								
Histoire de vie								
Pathologies principales à l'entrée					Pathologies principales à ce jour			
Observations du médecin coordonnateur		Observations du psychologue		Poids : Régime : Texture : Hydratation :		L'an dernier Poids : Régime : Texture : Hydratation :		

Besoins	Situation	Objectifs et actions	Evaluation
1. Respirer			
1. Boire et manger			
1. Eliminer			
1. Se mouvoir			
1. Dormir et se reposer			
6 et 7. Se vêtir et maintenir sa température			
8. Se maintenir propre			

9. Eviter les dangers			
10. Communiquer			
11. Agir selon ses croyances			
12, 13 et 14. S'occuper, se récréer, apprendre			
Besoins affectifs : émotionnels, sexuels, spirituels, reconnaissance, quête d'amour			
Actualisation dernières volontés et croyances, directives anticipées	Eléments recueillis par le coordonnateur de projet	Eléments nouveaux	
Traitements	Allergies	Signature (s) du résident, de la famille et/ou du représentant légal	Avis du résident et/ou de la famille recueilli en réunion de synthèse

BESOINS ET ATTENTES DE MR L.

22

- ▶ **Attentes du résident** : retourner à son domicile
- ▶ Besoins identifiés par l'équipe:
 - Se sentir en sécurité en intégrant des repères et en étant rassuré. Trouble de la perception notamment
 - D'être valorisé du fait du sentiment de perte et d'incapacité liée aux prises de consciences de ses troubles

PP DE MR L. une heure environ

23

- ▶ Valoriser Mr L. en favorisant le sentiment d'utilité
- ▶ Favoriser le sentiment de sécurité de Mr L.
- ▶ Objectifs opérationnels:
 - Activités jardinages et bricolages à proposer dans le cadre des ateliers du PASA mais aussi par l'ouvrier d'entretien
 - Resituer Mr L. dans le temps et l'espace lorsqu'il semble « perdu » ou lorsqu'il le demande
- ▶ Moyens
 - Présence de Mr L. au PASA jour d'atelier jardinage et bricolage
 - Identification dans emploi du temps de l'ouvrier d'entretien des temps où il invitera Mr L.

6^{ème} MOIS-18^{ème} MOIS

24

L'ÉVALUATION OU LA RE-ÉVALUATION

LES RECOMMANDATIONS LES NOMMENT « ÉVALUATION ».

« ELLE DOIT AVOIR LIEU AU MOINS TOUS LES ANS, EN FONCTION DES FAITS SAILLANTS : CHANGEMENT D'AVIS, NOUVELLE DEMANDE DE LA PERSONNE, DES PROCHES, DU REPRÉSENTANT LÉGAL SUR UNE OU DES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT PRÉVUE PRÉCÉDEMMENT ET/OU MODIFICATION IMPORTANTE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET NIVEAU DE BESOINS ».

LES RECOMMANDATIONS SUGGÈRENT D'ORGANISER UNE RÉUNION PLURIDISCIPLINAIRE POUR PRÉPARER LA RÉUNION "D'ÉVALUATION" OÙ RÉSIDENT (ET FAMILLE) DOIVENT ÊTRE PRÉSENTS

TEMPS 4: LA RE-EVALUATION

25

- ▶ Obligation: au maximum 1 an après l'accord commun sur le projet personnalisé
- ▶ Avant si évènement remettant en cause le PP précédent: rythme propre à chaque PP
- ▶ Accompagnement de l'interruption du PP ou de certains de ces axes
- ▶ Recueil des attentes nouvelles

=> Même procédure que pour l'élaboration du projet et pour son évaluation.

- ▶ Paramètre temporel:

52 semaines annuelles moins congés/intérimaire + réunions+ formation... => Combien de PP par an au mieux?

À confronter au nombre de résidents

À confronter au nombre d'admission annuelle

⇒ Taux de ré-évaluation faible

⇒ Priorité aux résidents entrants et au résidents en situation difficile

EVALUATION

- ▶ Présentation au Résident : PP récusé, veut retourner dans son logement
- ▶ Attention notion de temps pour sujet DTS
- ▶ En pratique Mr L. ne s'investit pas dans la proposition d'activités bricolages ou jardinage, impression d'être utilisé , n'est pas valorisé
- ▶ Responsabilité pas souhaitée
- ▶ Adhésion moyenne au PASA veut être libre et conserver son droit d'aller et venir
- ▶ Travail prévention des chutes, jeux de mémoire, cuisine (valorisant pour lui/autres)

OU EN EST MR L.

- ▶ NPI-ES: agitation, dépression, anxiété et troubles du sommeil, délire de spoliation
- ▶ Animation : participe si sortie ou cuisine, beaucoup moins pour les autres activités
- ▶ PASA: 1,5 jour par semaine, accepte l'activité CUISINE au PASA avec plaisir
- ▶ Tutelle : protection juridique mal vécue ; remise en question par Mr L.
- ▶ Mr L. souhaite avoir de l'argent en espèce « au cas où » et disposer de son argent pour protéger ses enfants
- ▶ En réponse argent de poche factice donné par la famille relevé par les autres résidents
- ▶ Suivi psychologique : malgré troubles cognitifs, capacité d'élaboration présentes (travail psychique) autour des pertes multiples auxquelles il est confronté
- ▶ Pas de sortie EHPAD en famille : famille disposée à le faire mais refus du résident du fait de ses préoccupations

BESOINS ET ATTENTES DE MR L.

28

- ▶ **Attentes du résident** : souhaite rencontrer le juge des tutelles pour négocier la levée de la mise sous tutelle et gérer son argent
- ▶ Besoins identifiés par l'équipe:
 - de se sentir en sécurité,
 - de posséder de l'argent et d'être autonome financièrement,
 - de se sentir libre, veut être décisionnaire de ses mouvements

LE 2^{ème} PP DE MR L. 1h15

29

- ▶ Permettre à Mr L. de s'accomplir en agissant selon ses valeurs et croyances
- ▶ Objectifs opérationnels:
 - Réfection du lit d'une résidente voisine sous sollicitation de l'AS: rôle social et sentiment d'utilité en venant en soutien aux AS
 - Aller au café voisin avec quelques résidents de l'EHPAD, argent
 - Permettre à MR L. lorsqu'il en éprouve le besoin de quitter le PASA ou les activités
 - Envisager une rencontre avec Mr L. et sa fille tutrice pour aborder la rencontre avec le juge des tutelles

SUIVI DU PP

- ▶ Pour se rendre au café ; pas de disponibilité soignante régulière et longue. Mr L. quand il s'en souvient demande à retourner au café.
- ▶ La réfection du lit est proposée tous les matins et validée la plupart du temps par Mr L.
- ▶ Mr L. ne demande plus à rencontrer le juge des tutelles, sa maladie d'Alzheimer ayant évolué.

CONCLUSION

- ▶ Démarche bienveillante centrée sur le résident
- ▶ Résident=guide=>sens du soin
- ▶ Précarité de l'état de santé = maintien du sens? (Sanitaire)
- ▶ Une méthode recommandée/ modalités d'application
- ▶ Pas d'outils standardisés
- ▶ Qualité du PP/temps consacré?
- ▶ Difficultés pratiques de suivi et de ré-évaluation à pondérer avec le rôle du coordonnateur
- ▶ Etre humble dans le choix et la mise en œuvre des objectifs
- ▶ Prioritaire / réunions d'organisation, formations ... ?
- ▶ Formation initiale et accompagnement/ méthodologie projet personnalisé
- ▶ ASG=compétences spécifiques